No.	発生段階	発生内容	事例の内容	背景要因・概要	改善策	意見・アドバイス	出典（発生年）
160014	自己血関連	保存・保管	間もなくICUへ入室する予定の患者Xの自己血が、手術室看護師によって搬送されてきた。看護師Aは、受領して保冷庫に保管する準備の途中で、目の前の電話が鳴ったため電話に出ていたところ、別の看護師Bが準備を手伝ってくれたが、直前にICUに入室した患者Yの名前を書いて保冷庫に入れた。間もなく患者Xが入室し、術中出血1400ml、Hb9．4　血圧70台にて、看護師C自己血を輸血しようとしたが、保冷庫の自己血には別の患者Yの名前で表示されていたために、血液が見つけられずに困った。	ICUでは、複数の患者の準備血液を同じ保冷庫に保管している。見分けがつきやすいように血液型のカードや患者の名前と種類（RCCか自己血か）を紙に書いて、トレーにまとめている。保冷庫の窓から見える様にしている）今回のインシデントは、一つの作業を一人の看護師が完結せず他者にリレーしたことから発生している。またその際、作業の途中で電話が入っているが、本来なら電話対応を他者に依頼すべきところであった。どちらの看護師にも「今ICUに入室した患者の血液だろう」「手術室看護師が持ってきたところを見ていて、次の患者の血液であると知っているだろう」という思い込みが発生しており、血液の受け渡しの際にも互いに患者の名前を確認していない。	一つの作業は完結する。他者に依頼してよいものと、自分ですべきものの選択を冷静にする。		日本医療機能評価機構医療事故情報収集等事業公開データ（2011）
160061	自己血採血関連	手技・手順	通常自己血採血を行う採血室のベッドに空きがなく、別室で採血を実施した。当日は救急の患者、多数の入院患者の対応の追われており、別の患者に声をかけられ対応のためその場を空けた。その際、採血中の観察を別の看護師に依頼できず、規定量の約1.5倍量の採血をしてしまった。	担当看護師の観察不足 自動採血装置の未整備	朝のミーティングで自己血採血がある場合は看護師間で情報を共有し、開始から終了まで現場を離れず観察する。 自動採血装置の整備。		情報提供（2016年6月）